

# 後期高齢者医療制度のお知らせ

## ～高額介護合算療養費及び医療費通知について～

### ■ 高額介護合算療養費について

医療と介護の両方を利用している世帯の自己負担を軽減する制度です。

同じ世帯の被保険者が、「病院にかかったとき」と「介護サービスを利用したとき」の1年分の自己負担額の合計が表の基準額(限度額)を超えた場合は、超えた額が「高額介護合算療養費」として支給されます。



なお、手続きには保健福祉課福祉係への申請が必要となります。

○後期高齢者医療制度または介護保険の自己負担額のいずれかが0円の場合は対象となりません。

○支給額が500円以下の場合には支給されません。

### ◇ 自己負担限度額表

【1年分の自己負担額の計算期間：8月1日～翌年7月31日】

負担割合	区 分		自己負担額の合計の基準額
3 割	現役並み所得者		67万円
1 割	一 般		56万円
	住民税非課税世帯	区分Ⅱ(※1)	31万円
		区分Ⅰ(※2)	19万円

※1 世帯全員が住民税非課税である方

※2 世帯全員が住民税非課税であり、世帯全員の所得が0円(公的年金収入のみの場合、その受給額が80万円以下)、または老齢福祉年金を受給している方



平成28年8月～平成29年7月の1年間に係る高額介護合算療養費に該当する方には、平成30年1月下旬に申請の案内文を発送する予定です。

### ■ 医療費通知を全受診者へ送付します

広域連合では被保険者の皆様の医療費総額などについてお知らせする「医療費通知」を、対象期間に医療機関等を受診した全ての被保険者の皆様へ送付します。

発送月は、9月と3月の年2回です。

### 【イメージ図】

受診年月	診療を受けた医療機関等	診療区分	日数	医療費総額	自己負担額
H29年1月	〇〇病院	医科外来	1	18,000	1,800
H29年2月	××薬局	調剤	1	10,000	1,000
合 計				28,000	2,800

※この通知は皆様の受診状況についてお知らせするもので、請求書ではありません。

### ■ 医療費通知の活用について

○医療費の推移が一目でわかるため、ご自身の健康状態の把握や健康管理に活用できます。

○健康診査など、皆様の健康保持・増進に役立つ情報をお知らせします。

○診療日数等に間違いがないか確認しましょう。

問い合わせ先	北海道後期高齢者医療広域連合	☎ 011-290-5601
	小平町保健福祉課福祉係	☎ 56-2111(内線287)